

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	2391300114		
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 ひょうたん山そよ風 2階		
所在地	愛知県名古屋守山区守山二丁目12番2号		
自己評価作成日	平成30年12月29日	評価結果市町村受理日	平成31年3月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2391300114-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2391300114-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成31年1月9日		

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

事業所理念とは別にフロア目標を作り、安全安心な介護の為に努力している。同法人内の別事業所との合同研修や事業所内研修を多数行い、教える側にも立つことで自己研鑽に努めている。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

ホームは、建物の1階に小規模多機能事業所を併設して運営していることで、利用者の様々なニーズに対応した支援が行われている。利用者の中には、小規模多機能からグループホームへ生活場所を移行した方や夫婦等の関係で両方の事業所を利用した方もあり、利用者にとってはホームへの入居前からの関係の継続にもつながる支援が行われている。ホーム建物の1階のフロアが広いこともあり、1階の小規模多機能事業所で行事が行われる際には、ホームからも利用者が参加する機会がつけられており、利用者の楽しみの機会にもつながっている。利用者の食事については、1階の厨房の職員の協力を得ながら提供されているが、厨房の職員と連携しながら、定期的な行事食の提供や毎月のカフェの取り組みを行い、食事を通じた利用者のレクリエーションの機会にもつながっている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	細かな点は月1回のフロアミーティングで話し合っている。事業理念とは別に、フロア理念(①自分がやられて嫌なことはしない②相手の立場になって考える③コミュニケーションをとる④待つ時間をもつ)も掲げている。	ホーム独自の理念をつくっており、理念の内容の見直す機会をつくりながら、職員の支援内容を確認する取り組みにつなげている。また、事務室に理念の掲示が行われており、日常的な振り返りにもつなげている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	散歩の時に挨拶を心がけている。地域行事(守山自衛隊祭りや近隣の白山神社祭り、コスモスの会等)へ参加している。	地域の方とは、併設事業所と連携しながら交流が行われており、地域で行われている行事にホームからも参加する取り組みが行われている。保育園や小学校との交流や、小規模多機能のフロアを活用しながら、地域の方との交流の機会がつけられている。	併設事業所と連携しながら行われているカフェ(そよ風カフェ)を地域の方にも参加を呼びかけていく考えもある。職員間での検討を深めながら、地域の方との交流につながることを期待したい。
3		○事業所の力を活かした地域貢献	認知症の人の理解や支援方法の実践を守山区福祉まつりに参加して活かしている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	定期的で開催(2月に1回)している。活動報告と情報交換を行い地域の情報を取り入れている。いきいき支援センターにも運営推進会議に年2回参加していただいている。	会議については、併設事業所と連携しながら開催しており、出席者に事業所全体の取り組みを知ってもらう機会につなげている。また、会議の際にはから地域の方の参加が得られていることで、地域に関する情報交換の機会にもつながっている。	会議に家族の参加が得られていない状況が続いており、ホームからも改めて案内を行っている。家族の継続的な参加につながることを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	名古屋市指導課に不明点をお聞きし協力関係を築くよう取り組んでいる。最近では看取り介護加算を算定する為に問い合わせをした。	ホームには生活保護の方が生活していることで、市担当部署との情報交換が行われている。また、併設事業所とも連携しながら、地域包括支援センターとの情報交換等の取り組みも行われている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束について年1回勉強会を開き学んでいる。毎月委員会を開催し身体拘束象者なしの状態をキープしている。	身体拘束を行わない方針で支援が行われており、フロアの出入り口に施錠を行わないように、職員間での見守りが行われている。また、ホームでは毎月のカンファレンスに合わせた検討会議を行っており、職員への注意喚起にもつなげている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待について、身体拘束同様毎月委員会を開催し良かったケアなどを共有している。1年に2回は勉強会をひらき学んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	権利擁護を活用しているご利用者様が現在いない。職員は研修から権利擁護を理解するよう努力している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に重要事項説明書を元に細かな説明を行い、同意を得ている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	ケアプランの更新時にコミュニケーションをはかり運営に反映するようにしている。また家族アンケートを実施し反映させている。	ホームで行われている行事等に家族の参加を呼びかけ、交流の機会をつくっている。家族からの要望等には、内容にも合わせながらホーム管理者や運営法人の担当職員による対応が行われている。また、フロア毎にホーム便りの作成が行われている。	ホームで行われている行事等への家族の参加を増やしていきたい考えもある。ホームの行事等への家族の参加が増え、交流の取り組みが深まることを期待したい。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回のフロアミーティングの場にて意見や提案を聞く機会を設けている。	ユニット毎の会議及び合同の会議が行われており、内容にも合わせながら職員間での意見交換が行われている。職員からの意見等は管理者が把握し、運営法人の幹部会議等に報告されている。また、定期的な職員面談も行われている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	公休・有給の消化ができるように努力している。細かな相談を行い努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	年計画で研修が組まれており、職員自ら勉強会の内容を考え、勉強会を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。	管理者の個人的な付き合いはあるもののまだ、不十分。同法人内の近隣のセンターとの交流の機会は設けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	1体1でのコミュニケーションを図り、安全安心を提供できるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	実態調査でご家庭に伺う時等に細かにニーズを聞いている。 見学や面談をして疑問点や不安点をきき何か意見があれば応えるように努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	必要があるご家族様には、併設している小規模多機能型居宅介護等、他サービスの説明も行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	家事などを教えていただく立場をとることで年配のご利用者様に対し誇りを損なわないようにしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	看取り事例の時等、ご家族と細かな連絡を行っている。ご家族様の面会等を大切にしながら共に支えていく関係を築けていると思う。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	馴染みの場所や人との関係が切れない様に支援している。(病院、飲食店等)	利用者の中には、入居前からの関係の方との交流を継続している方や、関連事業所に身内の方が利用する等、日常的な交流の機会にもつながっている。また、家族との外出の機会も得られており、利用者の中には定期的に自宅で家族と過ごしている方もいる。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	間に入ってコミュニケーションをはかれるようにしている。 配席を考慮し仲の良い利用者同士で座れるように心がけている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去理由が死亡によることが大半の為、取組みが少ない。死亡により退去された後、そのご利用者様の家族が利用する事に至った事例がある。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	ケアプランにご利用者様、ご家族様の希望・意向をのせ、ニーズ把握に向け検討している。	ホームでは、職員間で利用者を担当する取り組みも行いながら、利用者に関する意向等の把握を行い、日常の支援につなげている。また、毎月のカンファレンスの際には、利用者全員のチェックを行っており、定期的なアセスメントにつなげている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	過去の様子までアセスメントし、職員間で共有している。 ご家族様が来所された時の会話や本人の日常会話からも把握するよう努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	普段と違うことは申し送りスタッフ内で情報共有している。月1回のフロアミーティングやケアプラン変更時のアセスメントで現状把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご家族様の意見は必ず報告し、フロアミーティングで話し合いを行っている。計画作成担当者と相談し合い、作成している。作成後、ご家族様に説明し面会時にその都度、状態報告をしている。	介護計画は6か月での見直しが行われており、毎月のモニタリングを実施しながら、利用者の状態変化に合わせた見直しも行われている。また、法人独自の様式である「介護援助計画表」を作成しながら、職員間での支援内容の共有と実施が行われている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	ケアプランを経過記録に反映させ、プランに沿ったケアが出来るよう努めている。また、月に1回の会議で実践状況を確認し、ケアプランの見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	細かなニーズに対応できるよう支援している。併設の小規模多機能型居宅介護と協力し環境を変える等の柔軟な対応をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	民生委員やいきいき支援センターの方と協力したり近隣住人に協力を依頼する等して、安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	契約時にかかりつけ医は初めに伺っている。毎週より良い医療が受けられるよう、ご家族様やご本人様の意向を伝えている。	協力医による定期的な訪問診療や随時の対応が行われており、利用者の健康状態等に合わせたホーム職員による受診支援も行われている。また、毎週の訪問看護による医療面での支援も行われており、医療面での支援が行われている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	訪看ノートを作り、コミュニケーションツールとして活用している。看護師、医師に小まめに報告をしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	紹介状を書いて頂く等、協力して頂いている。介護サマリーを提供する等、情報交換や相談に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ケアプラン説明時に確認し、終末期は状態が変わるたびにカンファレンスをしている。ご家族様の意向の元、状態や今後の方針、緊急時の対応等を医師・ご家族様と話し合いを行い、看取りをした事例もある。	ホームには身体状態が重い方もホームでの生活を継続しており、協力医との連携を深めながら、利用者の中にはホームで最期を迎えた方もいる。利用者の身体状態に合わせた家族との話し合いを重ねながら、意向に合わせた対応が行われている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時マニュアルを作成し、事務所の壁に貼って周知している。 24時間、医療機関と連絡がとれる体制をとっている。事業所にAEDを設置、研修を行った。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回防災訓練を実施している。その内1回は自然災害対策。 備蓄量について把握し、緊急時に備えている。地域の防災訓練にも参加している。	年2回の避難訓練は、併設事業所と合同で実施しており、夜間想定や通報訓練等、職員間での連携に取り組んでいる。また、ホーム内に水や食料等の備蓄品の確保が行われている。地域の方との協力関係は継続的なテーマでもある。	地域の方との協力関係の取り組みに関しては、ホームでも支援可能な内容を検討しながら、協力関係が深まることを期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	個々のご利用者様に合わせた声かけを意識したり、自分自身で選択できるような声かけをしている。 ご家族様と細かな話をする時は場所を変えて行っている。	職員による利用者への言葉遣いや対応に関しては、定期的な職員会議等を通じて注意喚起等が行われているが、日常的にも注意を促すこともある。また、認知症に関する職員研修を実施しながら、接遇につながる振り返りにもつなげている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	記録に残すようにしている。外出等思い出の地に行くようにしている。 食事の場面でなにが食べたいか聞いたり、好きな飲み物を飲んで頂くようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	レク提供をするとき、選択肢を提供するのみで、強制参加とはしない。 ご利用者様の意向をケアプランに反映させている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	TPOに合わせた服を着て頂けるようなスケジュールへ変更し生活にメリハリができるよう支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事は厨房が作っている為、おやつ作りを利用者様としている。できるだけ旬の物を取り入れている。 食形態等細かに対応している。 洗い物を職員と一緒にやる事もある。	食事は、事業所1階の厨房より行われており、厨房職員と連携しながら、利用者の身体状態に合わせた食事形態の提供も行われている。食事の際には、職員も一緒に食事を行っている。また、厨房と連携した毎月のお楽しみメニューの取り組みも行われている。	ホームの様々な状況もあり、ホームでの食事作りがなくなっている。食事レクやおやつ作り等、可能な範囲での食事やおやつ等の取り組みが増えることを期待したい。
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	減塩で提供している。小まめに水分摂取を促している。バイタルチェックシートにて管理している。一人ひとりに合わせた量の食事提供を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	皆に声かけをして行って頂いている。一人ひとり状態に合わせ介助が必要な人は介助を行っている。自立している方も最後に口の中を確認するようにしている。週1回は歯科往診にて個別の指導を受け対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている。	自分でトイレに行かれる方でも「体操の前に」等の声かけで小まめに行って頂けるようにしている。 適切な排便・排尿ペースがとれるようにフロアミーティングにて話し合いを行っている。	利用者の排泄記録については、A3の用紙に記録を残すことで見やすくしており、日常的な職員間での情報の共有につなげている。訪問看護とも連携しながら、排泄に関する医療面での支援も行われており、排泄状態の維持、改善につなげている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	砂糖からオリゴ糖へ変更し、飲むヨーグルトや牛乳入りの飲み物を提供している。 かかりつけ医と相談し、一人ひとり個々に薬を調整し対応している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている。	基本的に1日置きに入浴して頂いているが、希望があれば毎日入浴してもらっている。	利用者は週3回の午後の時間に入浴しているが、利用者の希望に合わせたそれ以上の回数にも対応している。併設事業所内に機械浴が設置されてあることで、重度の方にも対応している。また、季節に合わせた入浴の取り組みも行われている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	一人ひとりに合わせたタイミングで寝るように援助している。安心した睡眠が取れるよう、照明の明るさを調節している。 ご高齢の方が多く褥瘡予防も含め横になる時間を意図的に設けている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤情報は整理してみやすいようにしており、変化があれば看護師に報告している。 かかりつけ医と細かに相談している。アリセプトの量を減らす等。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	外出好きな方はできるだけ散歩へ行けるように支援している。お酒の好きな方は晩酌をしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	できるだけ散歩に誘って外に出る機会を作っている。夏祭り等地域の行事にも希望があれば参加している。外食レクを行う等している。	ホーム前の道路が坂道であることで日常的な外出は限られているが、ホームで可能な範囲での外出の取り組みが行われている。外出行事については、年間を通じて行われており、季節等に合わせた外出の取り組みが行われている。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	金銭のお預かりについて同意書を頂き、管理させてもらっている中で希望に応じ使用している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	ご家族様が許可して頂いているご利用者様は、訴えがあった時に電話を使用している時がある。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	廊下や壁に季節感ができるようにもみじの飾りや桜の飾り等を飾っている。耳が遠いご利用者様にはテレビの近くに配席し音が大きくなりすぎないように対応している。	ホーム内には、リビングの他にも「多目的室」があることで、利用者がリビング以外の場所で過ごすことができる空間が確保されている。全体的にシンプルな雰囲気であるが、ホームは建物の2階と3階にあることで、採光に優れた明るい空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	広さの問題で一人になれるような所はないが、ソファをはなれた所に一つずつ配置し、思い思いに過ごしてもらっている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室にはドレッサーやテレビ、座椅子等、一人ひとりの好みによって物が置かれている。ご利用者様の希望から仏壇を持ってこられたケースがある。	居室については、家具類が備え付けになっていることで、持ち込みの少ない方もいるが、利用者の中には使い慣れた家具類の持ち込みが行われている。また、利用者の身体状態等に合わせた、ベッド以外での生活にも対応している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	トイレの場所が分かるよう「お手洗い」と扉に張り紙をしている。		